



歯科衛生士科 新卒求人票

求人内容を変更したときや 求人が充足したときは速やかにお知らせ下さい

求人者	フリガナ	設立	年	フリガナ					
	法人名	代表者 役職/氏名							
求人者	フリガナ	設置	年	フリガナ					
	事業所名	ユニット台		管理者 役職/氏名					
求人者	事業所在地	(〒 -) 線 駅・バス停 から徒歩 分	採用担当者	部 課					
	書類提出先	電話 () - ホームページ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	役職/氏名						
求人者	診療科目	<input type="checkbox"/> 一般歯科 <input type="checkbox"/> 矯正歯科 <input type="checkbox"/> 小児歯科 <input type="checkbox"/> 口腔外科 <input type="checkbox"/> その他()	診療時間	募集人数 <input type="checkbox"/> 増員 <input type="checkbox"/> 欠員募集 <input type="checkbox"/> その他()					
	全従業員数	歯科医師 名(常勤 名) (非常勤 名) 火 歯科衛生士 名(常勤 名) (非常勤 名) 水 歯科技工士 名(常勤 名) (非常勤 名) 木 歯科助手 名(常勤 名) (非常勤 名) 金 受付事務 名(常勤 名) (非常勤 名) 土 その他 名(常勤 名) (非常勤 名) 日	職務等	(職務内容の詳細) <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> その他() ・その他の場合、正社員登用制度 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
勤務条件	区分\年課程	3年制卒業		試用期間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	勤務時間	交替制	時 分 ~ 時 分	賞与	<input type="checkbox"/> 全額
	賃金形態	<input type="checkbox"/> 月給制 <input type="checkbox"/> 年俸制 <input type="checkbox"/> その他()	※ 有の場合は下記条件をご記入ください			時 分 ~ 時 分	<input type="checkbox"/> 上限 ()		
	基本給	円	円	円		時 分 ~ 時 分	前年実績 年 回・計 力月分		
	手当	円	円	円		時 分 ~ 時 分	支給月		
	手当	円	円	円		時 分 ~ 時 分	試用期間中		
	手当	円	円	円		休憩時間	年 回		
	手当	円	円	円		変形労働時間制 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	昇給 円		
	計(税込)	円	円	円		残業 月平均 時間	うち定期昇給分 円		
	月想定支給額	約 円	約 円	円		深夜勤務 月平均 回	研修制度		
	入職2年目年収	約 円	約 円	円		退職金制度 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
休日	<input type="checkbox"/> 日曜 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 土曜 () 曜 年間休日数 日		週休2日制 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 無		外部研修会への参加 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 自己負担 <input type="checkbox"/> 事業所負担 <input type="checkbox"/> 無				
加入保険等	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 歯科医師国保 <input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 (<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 事業所負担有 円)								
説明会	日時	<input type="checkbox"/> 別途通知 ① 月 日 ② 月 日		場所() <input type="checkbox"/> 別途通知					
応募書類	<input type="checkbox"/> 履歴書 <input type="checkbox"/> 卒業見込み証明書 <input type="checkbox"/> 成績証明書 その他()			選考日時	<input type="checkbox"/> 別途通知 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 以降随時				
受付期間	月 日 ~ 月 日 以降随時			場所					
受付方法	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他								
選考方法	筆記	<input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 常識 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 作文(字) <input type="checkbox"/> 無		面接	<input type="checkbox"/> 適性 <input type="checkbox"/> その他()				
補足	職場見学	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		学園使用欄					

【ご送付先】 学校法人西野学園 札幌医療科学専門学校 歯科衛生士科
〒060-0004 札幌市中央区南4条西11丁目1290-2
FAX 011-521-8886 e-mail shok@nishino-g.ac.jp TEL 011-521-8882